

VZP-17/2013 **Návrh na léčebně rehabilitační péči v odborné léčebně**

Základní pravidla pro poskytování léčebně rehabilitační péče v odborných léčebnách pro dospělé s OD 00022 (dále jen léčebna) jsou uvedena v platných právních předpisech.

Zdravotní péči v odborných léčebnách pro dospělé s OD 00022 doporučuje ošetřující lékař. V případě, kdy je pacient indikován k lůžkové léčebně rehabilitační péči z vlastního sociálního prostředí, podává vlastní návrh registrující praktický lékař; v případě indikace léčebně rehabilitační péče ošetřujícím lékařem při hospitalizaci podává tento OL i vlastní návrh. Návrh se podává buď na čtyřdílném průpisovém tiskopisu **Návrh na léčebně rehabilitační péči v odborné léčebně** (tiskopis se vyplňuje psacím strojem), vytištěný pomocí PC, nebo elektronicky prostřednictvím datového rozhraní. Návrh včetně příloh musí být kompletně buď v papírové, nebo v elektronické formě. Na jednotlivých očíslovaných dílech tiskopisu je v záhlaví vyznačeno, pro koho jsou určeny:

díl 1 ošetřujícímu lékaři léčebny k dokumentaci (potvrzená objednávka léčebně)

díl 2 k vyúčtování

díl 3 reviznímu lékaři k dokumentaci

díl 4 navrhujícímu lékaři k dokumentaci

Pokud navrhující lékař vyplňuje návrh na PC, vystavuje ho pouze v jednom vyhotovení (dále jen PC originál). Potřebné díly návrhu 2, 3 a 4 se pořizují formou kopie v průběhu vyřizování návrhu.

Postup vyplňování tiskopisu

Navrhující lékař vyplní všechny požadované údaje kromě oddílu „Stanovisko revizního lékaře“ a zajistí podpis pacienta nebo jeho zákonného zástupce pod prohlášením.

V případě, že pacient není v důsledku svého zdravotního stavu schopen opatřit návrh svým podpisem, seznámí navrhující lékař pacienta s obsahem prohlášení a opatří návrh svým podpisem namísto pacientova s uvedením důvodu tohoto postupu.

Dle kap. II.1. Společné zásady se vyplňují **Kód pojišťovny, IČP, Odbornost, Dne:, Diagnóza základní a vedlejší.**

Dále se vyplňuje:

Ev. číslo – na jednotlivé díly tiskopisu návrhu (originál PC i jeho kopie) se uvádí evidenční číslo, které si doplňují podle svých potřeb příslušní lékaři a odborní pracovníci, kteří s těmito díly pracují.

Čís. návrhu – číslo návrhu přidělené pojišťovnou; v případě návrhu předávaného v datovém rozhraní je to „číslo dokladu“ přidělené navrhujícím ZZ.

Rok návrhu – zadá pojišťovna.

Pacient – uvede se příjmení a jméno, číslo pojištěnce (tj. číslo uvedené na průkazu pojištěnce) a úplná a přesná adresa bydliště včetně PSČ a kontaktního telefonu a dále kontaktní e-mailová adresa, pokud je známa (důležité údaje pro léčebnu i pojišťovnu).

Zák. zástupce – je-li pacientem osoba nezpůsobilá k právním úkonům, uvedou se všechny předtištěné údaje o zákonném zástupci takového pacienta.

Indikace – do vydání předpisů definujících indikace pro léčebně rehabilitační péči v odborné léčebně se indikace neuvádí.

Typ – uvede se příslušný kód I, II, nebo III. V případě překladu z lůžka na lůžko (návrh vystaven ošetřujícím lékařem při hospitalizaci) se uvede kód I, pokud ošetřujícím lékařem při hospitalizaci není požadován překlad z lůžka na lůžko uvede se kód II, v případě návrhu na hospitalizaci pacienta indikovaného z vlastního sociálního prostředí se uvede kód III.

Zdůvodnění pobytu v léčebně: stručně se uvede důvod, pro který je nezbytné poskytnutí léčebně rehabilitační péče ústavní formou.

Navrhovaná léčebna: navrhující lékař vybere pro pacienta vhodné léčebné místo podle seznamu odborných léčeben s OD 00022 a uvede jej na lince 1, doplňkově i na lince 2. V případě překladu z lůžka na lůžko se uvede název léčebny po předchozím projednání ošetřujícího lékaře s určeným zástupcem léčebny.

Dne – uvede se datum vystavení návrhu.

Od tohoto dne začíná plynout časové rozmezí platnosti návrhu. Navrhující poskytovatel je povinen předat návrh do 5 pracovních dnů od data vystavení návrhu na příslušnou pojišťovnu, a to způsobem určeným jejím ředitelem.

V případě překladu z lůžka na lůžko musí být dodržen termín nástupu na léčebně rehabilitační péči ihned po propuštění, s max. tolerancí 10 kalendářních dnů. Pokud se v případě návrhu vystaveného ošetřujícím lékařem za hospitalizace nejedná o překlad z lůžka na lůžko, musí být dodržen termín nástupu na léčebně rehabilitační péči do 1 měsíce od data vystavení návrhu, jinak návrh pozbývá platnost.

V případě hospitalizace pacienta indikovaného z vlastního sociálního prostředí nesmí termín nástupu přesáhnout dobu 3 měsíců od data vystavení návrhu, jinak návrh pozbývá platnost.

Postup schvalování návrhu

Navrhující lékař po vyplnění požadovaných údajů v návrhu oddělí díl 4 návrhu (pořídí si kopii PC originálu), který zůstává ve zdravotnické dokumentaci pacienta. Zbývající díly (PC originál) lékař odešle na jemu příslušnou pojišťovnu.

Pojišťovna do 5 pracovních dnů zajistí ověření formálních náležitostí, převezme návrh v rozsahu dílů 1-3 (PC originál) a zajistí vyjádření revizního lékaře. Po potvrzení návrhu revizním lékařem a oddělení dílu 3 (pořízení kopie PC originálu) pro potřeby pojišťovny se odešle návrh, tj. zbylé díly 1 a 2 (PC originál), na určenou adresu léčebny - díl 1 (PC originál) si ponechává léčebna k dokumentaci a díl 2 (kopii PC originálu) přikládá k vyúčtování pro pojišťovnu.

Léčebna na základě potvrzeného návrhu, který obdržela od pojišťovny, zajistí předvolání pacienta na vhodný termín pobytu vlastním způsobem.

Řádně vyplněný formulář navrhující lékař potvrdí svým podpisem, jmenovkou a čitelným otiskem razítka zdravotnického zařízení na každém dílu návrhu zvlášť (PC originál). Bez těchto náležitostí, jakož i data vystavení (důležitý údaj pro plynutí stanovených lhůt) pojišťovna návrh nepřeveze.

STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE

V této části návrhu revizní lékař pojišťovny schvaluje, upravuje nebo zamítá předložený návrh. Své stanovisko potvrdí podpisem, svou jmenovkou a čitelným otiskem razítka pojišťovny, vč. uvedení data posouzení návrhu.

Schvaluji léčebnu: pokud revizní lékař předložený návrh schválí, doplní název léčebny a proškrtne slova „Upravuji – zamítám“.

Upravuji: proškrtne se slovo zamítám, doplní se např. jiná léčebna.

Zamítám (důvod): V tomto případě odešle revizní lékař nepotřebné díly návrhu (PC originál) se zdůvodněním zamítnutí zpět navrhujícímu lékaři (dílu 3 návrhu nebo kopie PC originálu zůstává na pojišťovně).

Přeložení pojištěnce z akutního lůžka poskytovatele lůžkové péče do léčebny revizní lékař neposuzuje (vystavení a předávání návrhu probíhá výše uvedeným způsobem). Následná revizní činnost není tímto dotčena.

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA

Uvedené položky se vyplní plně a výstižně v případě, že nejsou uvedeny v příložené odborné lékařské zprávě, která je součástí návrhu.

Osnova lékařské zprávy:

A: DŮLEŽITÁ ANAMNESTICKÁ DATA

RA: (i sourozenci): uvedou se nemoci a úmrtí v rodině, které mohou mít vliv na současný zdravotní stav pacienta.

OA: uvedou se vážnější přetřálé nemoci, operace, úrazy.

Očkování: zde lékař uvede provedená očkování pacienta, jsou-li zřetele hodná.

Alergie: na léčivé přípravky, potraviny, jiné, ev. jaká léčba.

Předchozí pobyt v obdobném zařízení (kdy, ve kterém): uvede se předchozí pobyt v obdobném zařízení poskytovatele následné péče (léčebně OLÚ, lázeňské léčebně, včetně uvedení data, místa a dlouhodobého léčebně rehabilitačního plánu z předcházející hospitalizace (pokud jsou uvedené informace ošetřujícímu lékaři známy)).

B: NO: uvedou se současné obtíže – podrobný popis zdravotního stavu pacienta, pro které je pobyt v léčebně navrhován, včetně uvedení cíle léčebného pobytu, historie nynějšího onemocnění, dosavadní terapie (včetně dlouhodobého léčebně rehabilitačního plánu od poskytovatele ambulantní specializované péče).

C: OBJEKTIVNÍ NÁLEZ A FUNKČNÍ STAV (event. odborná vložka nebo překladová zpráva): uvede se kompletní objektivní nález a popis funkčního postižení včetně mobility, přítomnosti dekubitů (lokalizace, velikost), stomie, údaje o kontinenci a soběstačnosti pacienta, lékařem určená potřeba dietního stravování, (v případě přiložených zpráv se uvede počet listů příloh).

D: LABORATORNÍ A EVENT. DALŠÍ VYŠETŘENÍ související s onemocněním, pro které je léčebna navrhována a nejsou uvedena v bodě C: další údaje dle úvahy lékaře, pokud souvisejí s onemocněním, nebo je požaduje léčebna.

E: LÉKAŘEM DOPORUČENÉ ZVLÁŠTNÍ POŽADAVKY NA POBYT V LÉČEBNĚ (event. jiná sdělení): navrhuující lékař uvede skutečnosti rozhodné pro indikaci doprovodu, rozhodnutí o indikaci doprovodu náleží léčebně. Pokud bude léčebna indikovat doprovod, požádá o schválení revizního lékaře jí příslušné pojišťovny (součástí žádosti je kopie potvrzeného návrhu).

Pokud je indikována doprava a jedná se o návrh na odléčení v léčebně, která není nejbližším poskytovatelem poskytujícím požadovanou zdravotní péči, pacient vždy stvrdí svým podpisem na návrhu, že byl navrhujícím lékařem poučen o skutečnosti, že pojišťovna hradí dopravu pouze ve výši odpovídající vzdálenosti nejbližšího smluvního poskytovatele, který je schopen požadovanou zdravotní službu poskytnout.

ODBORNÁ LÉČEBNA

Pokud léčebna uvedená v návrhu na prvním pořadí nemůže přijmout z objektivních důvodů pojištěnce v časovém rozmezí platnosti návrhu, je povinna celý návrh odeslat do léčebny uvedené na druhém pořadí, a to vždy ve

lhůtě tří pracovních dnů (ve výjimečných případech max. do 5 pracovních dnů) ode dne doručení návrhu z pojišťovny. Datem doručení a odeslání se rozumí razítko podatelny léčebny. V případě, že ani léčebna ve druhém pořadí nemá pro pacienta volné lůžko, je povinna do tří pracovních dnů (ve výjimečných případech max. do 5 pracovních dnů) ode dne doručení návrhu odeslat návrh po předběžném projednání situace zpět na vysílající pojišťovnu. O dalším postupu léčby takového pacienta rozhodne lékař, který doporučuje léčebně rehabilitační péči, případně revizní lékař pojišťovny po dohodě s ním.

V případě, kdy pacient již obdržel od léčebny výzvu k nástupu k hospitalizaci a vznikla překážka, která brání nástupu pacienta na léčebně rehabilitační péči ve stanoveném termínu, může léčebna předvolat pacienta znovu, pokud náhradní termín nástupu nepřesahuje dobu vymezenou platností návrhu.

V případě, kdy si zdravotní stav pacienta v průběhu léčení v léčebně vyžádá z důvodu nezbytnosti stabilizace zdravotního stavu krátkodobý pobyt na akutním lůžku, a to v maximální délce 10 kalendářních dnů, nebude Pojišťovna požadovat k pokračování léčby v léčebně vystavení nového návrhu. Jedná se tedy o pokračování jedné hospitalizace.

Ve výše uvedeném případě přerušení léčby na více než 10 dní, stejně jako v případě přerušení léčby na více než 3 dny z oprávněných důvodů ze strany poskytovatele, je úhrada další hospitalizace v léčebně možná pouze na základě potvrzení nového návrhu.

V případě přerušení léčení delšího 72 hodin z osobních důvodů na straně pacienta je další pobyt v léčebně možný pouze na základě potvrzení nového návrhu.

Pozn.: Vyúčtování za léčebně rehabilitační péči v léčebně se provede pomocí dokladu 02 „Vyúčtování výkonů v ústavní péči“.

Pozn.: Dojde-li k přehlášení pacienta k jiné pojišťovně při nástupu, nebo během léčení, pak pojišťovny hradí léčbu za ty dny, ve kterých byl pacient pojištěncem té které pojišťovny.

Poznámka: Doklad 17 je účinný až od 1.1.2014; současně s jeho zavedením bude z dokladu 19 odstraněn text, který upravuje použití dokladu 19 i pro návrhy na léčebně rehabilitační péči v odborné léčebně pro dospělé s OD 00022.